



Rechazo de un cliente que ha sido informado

Se hacen acomodaciones razonables para las personas discapacitadas. Teléfono de texto (TDD) (800) 833-7352. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska provee asistencia con el lenguaje sin costo alguno a las personas de habilidades limitadas en el uso de inglés que pidan nuestros servicios.



301 Centennial Mall South, P.O. Box 94817
Lincoln, NE 68509-4817
Phone: 1-800-532-2227 Fax: (402) 471-0913

Instrucciones para el formulario:

Version: Julio 2014

1. El cliente tiene que llenar que Sección 1.
2. Los proveedores tienen que llenar nuestra Sección 2 o 3, todas las áreas sombreadas en gris.

Section 1 (Sección 1):

Fecha ____/____/____

Yo, _____ he sido informado de mi del cuidado de salud que debo
(haga favor de escribir con letra de molde su nombre)

tener esta prueba/tratamiento es: _____

_____. Si no
(haga favor de escribir con letra de molde su nombre de la prueba/tratamiento y por qué se lo está haciendo)

mi hago esta prueba/tratamiento, sé que estas cosas me pueden pasar: _____

(haga favor de escribir con letra de molde lo que puede pasar si no se hace la prueba/tratamiento)

- Se me ha explicado la necesidad de esta prueba/tratamiento.
- Sé que no tener esta prueba/tratamiento en este momento está en contra de los consejos de mi proveedor del cuidado de salud y podría ser dañino a mi salud. Mi anomalía podría ser una señal de una posible condición médica seria, incluyendo el cáncer.
- Sé la razón por la prueba/tratamiento. Sé por qué la necesito. Sé cómo se hace.
- Sé que el firmar este formulario no me detiene de hacer esta prueba/tratamiento más tarde.
- Sé cómo conseguir dinero para ayudarme a pagar por esta prueba/tratamiento.
- Sé que todavía soy parte de Cada Mujer Importa (CMI) si soy una mujer de 40 años de edad o mayor.
- Sé que puedo solicitar de nuevo el Programa de Detección de Cáncer del Colon (NCP), si soy un hombre o mujer de 50 años de edad o mayor.
- He leído toda la información anterior y sé lo que significa. Yo decido rehusar la prueba/tratamiento anterior en este momento.

Firma del cliente: _____ Fecha: ____/____/____

Section 2:

Submitted by: Clinic Case Manager
 Outreach Worker EWM/NCP Central Office

_____ Date ____/____/____

Facility/Clinic/Agency Information - clinician name, clinic name, city name (do not abbreviate)

Portion below to be completed ONLY if client unable to write or has language barrier.

If client unable to write information herself; the client will dictate the information and the form should be witnessed by two individuals.

Dictated by _____ Date ____/____/____
Please Print Client Name

Written by _____ Date ____/____/____
Person taking the dictation

Witnessed by:

1. _____ Date ____/____/____

2. _____ Date ____/____/____

Interpreted by: _____ Date ____/____/____
If Interpreter Needed

Complete reverse side only if unable to obtain a signed Client Informed Refusal

SSN#: _____
Name of Procedure/Treatment: _____
Client Name _____
DOB: _____



Service Provider Documentation

Version: Julio 2014

Directions for form (Instrucciones para el formulario):

1. Client must fill out Section 1 (*El cliente tiene que llenar que sección 1*).
2. Providers must fill out Section 2 or 3, and all gray shaded areas (*Los proveedores tienen que llenar nuestra sección 2 o 3, todas las áreas sombreadas en gris*).



Section 3:

Provider has insured that the client has enough information to make an informed decision.

Client Informed Refusal given to client: Yes No on Date ____/____/____

Client Informed Refusal given to client by: Personal Contact / In the Office
 Phone Contact
 Postal Contact

Client returned Client Informed Refusal incomplete.

Client failed to return a signed Client Informed Refusal.

Attempts were made to give information to the client regarding:

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diagnostic Services | <input type="checkbox"/> Diagnosis |
| <input type="checkbox"/> Treatment Services | <input type="checkbox"/> Treatment |

Provider is unsure if the client has or is able to make an informed decision due to one or more of the following reason(s):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No verbal communication with client | <input type="checkbox"/> Low literacy level |
| <input type="checkbox"/> Language / Translation issues | <input type="checkbox"/> Mental / Emotional disability |
| <input type="checkbox"/> Visual / Hearing impairment | |

Date ____/____/____
Facility/Clinic/Agency Information - clinician name, clinic name, city name (do not abbreviate)

Name of Person completing this form: _____

Date ____/____/____
Facility/Clinic/Agency Information - clinician name, clinic name, city name (do not abbreviate)

Client Name _____ SSN#: _____
DOB: _____ Name of Procedure/Treatment: _____